

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/23229>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-07 and may be subject to change.

door een overigens grotendeels overbodige bestraling van de oksel.¹⁵

Voor het grote aantal patiënten zonder palpabele okselklieren, bij wie uit pathologisch onderzoek blijkt dat deze ingreep 'voor niets' is verricht, is de schildwachtklierbiopsie een stagiëringsingreep die het verdient nauwkeurig op zijn waarde onderzocht te worden, zoals iedere nieuwe kankerbehandeling. De keuze van de stof om de schildwachtklier op te sporen, de techniek van exploratie, de wijze van pathologisch onderzoek en de kosteneffectiviteit zijn heden nog onvoldoende in fase-II-onderzoek getoetst. Meijer et al. berichten dat het onderzoek naar het opsporen van de schildklier met lymfoscintigrafie inmiddels in meer klinieken in Nederland plaatsvindt.⁶ Nieweg et al. pleiten terecht voor een multicentrisch, gerandomiseerd fase-III-onderzoek, dé methode om de schildwachtklierbiopsie te evalueren en op gefundeerde wijze toe te passen.⁵ Buiten trialverband zijn de onzekerheden nog te groot en verdient het okselkliertoilet nog steeds een vaste plaats in de routinepraktijk. Het initiatief van beide Amsterdamse groepen, maar vooral participatie aan nog op te zetten fase-III-onderzoek, is toe te juichen.

LITERATUUR

- ¹ Morton DL, Wen DR, Wong JH, Economou JS, Cagle LA, Storm FK, et al. Technical details of intraoperative lymphatic mapping for early stage melanoma. Arch Surg 1992;127:392-9.
- ² Meijer S, Pijpers HJ, Veen H van der, Paul MA, Hattum AH van, Hoekstra OS. Schildwachtklieronderzoek om melanoompatiënten te selecteren voor regionale lymfklierdissectie. Ned Tijdschr Geneesk 1994;138:2491-5.
- ³ Kapteijn BAE, Baidjnath Panday RKL, Kroon BBR, Liem IH, Rutgers EJT, Muller SH, et al. Identificatie van de eerste-echelon-lymfklier bij patiënten met een huidmelanoom. Ned Tijdschr Heelkd 1995;4:159-63.
- ⁴ Veronesi U, Adamus J, Bandiera DC, Brennhovd IO, Caceres E, Cascinelli N, et al. Inefficacy of immediate node dissection in stage I melanoma of the limbs. N Engl J Med 1977;297:627-30.
- ⁵ Nieweg OE, Kapteijn BAE, Peterse JL, Rutgers EJTh, Dongen JA van, Kroon BBR. Identificatie van de schildwachtklier bij patiënten met mammacarcinoom. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:2235-9.
- ⁶ Meijer S, Collet GJ, Pijpers HJ, Hattum L van, Hoekstra OS. Minder okselklierdissectie nodig door schildwachtklierbiopsie bij patiënten met mammacarcinoom. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:2239-43.
- ⁷ Krag DN, Weaver DL, Alex JC, Fairbank JT. Surgical resection and radiolocalization of the sentinel lymph node in breast cancer using a ogamma probe. Surg Oncol 1993;2:335-40.
- ⁸ Uren RF, Howman-Gilis RB, Thompson JF, Malouf D, Ramsey-Stewart G, Niesche FW, et al. Mammary lymphoscintigraphy in breast cancer. J Nucl Med 1995;36:1775-80.
- ⁹ Giuliano AE, Dale PS, Turner RR, Morton DL, Evans SW, Krasne DL. Improved axillary staging of breast cancer with sentinel lymphadenectomy. Ann Surg 1995;222:394-401.
- ¹⁰ Karakousis CP, Velez AF, Spellman jr JE, Scarozza J. The technique of sentinel node biopsy. Eur J Surg Oncol 1996;22:271-5.
- ¹¹ Statman RC, Jones RC, Cabot MC, Giuliano AE. Sentinel lymphadenectomy. A technique to eliminate axillary dissection in node-negative breast cancer [abstract]. J Clin Oncol 1996;15:125.
- ¹² Fisher B, Fisher ER. Transmigration of lymph nodes by tumor cells. Science 1966;152:1397-8.
- ¹³ Veronesi U, Rilke F, Luini A, Sacchini V, Galimberti V, Campa T, et al. Distribution of axillary node metastases by level of invasion. An analysis of 539 cases. Cancer 1987;59:682-7.
- ¹⁴ Danforth jr DN, Findlay PA, McDonald HD, Lippman ME, Reichert CM, d'Angelo T, et al. Complete axillary lymph node dissection for stage I-II carcinoma of the breast. J Clin Oncol 1986;4:655-62.
- ¹⁵ Danforth jr DN. The role of axillary node dissection in the management of breast cancer. In: De Vita VT, Helmann S, Rosenberg SA, editors. Cancer, principles and practice of oncology, 1992;6:1-16.
- ¹⁶ Pickren JW. Significance of occult metastases. A study of breast cancer. Cancer 1961;14:1266-71.
- ¹⁷ Fisher B, Redmond C, Fisher ER, Bauer M, Wolmark N, Wickerham DL, et al. Ten-year results of a randomized clinical trial comparing radical mastectomy and total mastectomy with or without radiation. N Engl J Med 1985;312:674-81.
- ¹⁸ Hayward J. The surgeon's role in primary breast cancer. Breast Cancer Res Treat 1981;1:27-32.
- ¹⁹ Langlands AO, Prescott RJ, Hamilton T. A clinical trial in the management of operable cancer of the breast. Br J Surg 1980;67:170-4.
- ²⁰ Cabanes PA, Salmon RJ, Vilcoq JR, Durand JC, Fourquet A, Gautier C, et al. Value of axillary dissection in addition to lumpectomy and radiotherapy in early breast cancer. Lancet 1992;339:1245-8.
- ²¹ Harris JR, Osteen RT. Patients with early breast cancer benefit from effective axillary treatment. Breast Cancer Res Treat 1985;5:17-21.
- ²² Balch CM, Soong SJ, Murad TM, Ingalls AL, Maddox WA. A multifactorial analysis of melanoma: III. Prognostic factors in melanoma patients with lymph node metastases (stage II). Ann Surg 1981;193:377-88.

Aanvaard op 16 september 1996

Arthroscopische reconstructie met het Leeds-Keio-ligament na voorste-kruisbandlaesie

A. VAN KAMPEN

In dit tijdschrift staat een artikel van Meins en Vierhout, die een prospectief follow-uponderzoek deden bij een groep patiënten die een voorste-kruisbandreconstructie met behulp van het Leeds-Keio-ligament ondergingen.¹ Het gaat om de grootste patiëntengroep met een dergelijke prothese die tot op heden in de literatuur beschre-

Zie ook het artikel op bl. 2231.

ven is. Enkele kritische kanttekeningen zijn echter wel op hun plaats.

De auteurs stellen dat deze prothese zich onderscheidt van een permanente prothese door de mogelijkheid van ingroei van eigen weefsel (collageen), dat de krachten

Academisch Ziekenhuis, afd. Orthopedie, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Dr. A. van Kampen, orthopedisch chirurg.

die worden uitgeoefend op de prothese zelf in de loop van de tijd zou doen afnemen. Zij baseren zich hierbij op histologisch onderzoek, onder andere verricht door een van de ontwikkelaars van de prothese (K.Fujikawa, schriftelijke mededeling op het Sixth International Symposium 'Advances in cruciate ligament reconstruction of the knee: autogenous versus prosthetic', Los Angeles, 1989). Inmiddels zijn echter ook onderzoeken verschenen met minder gunstige resultaten: in bipten kon wel ingroei van bindweefsel worden aangetoond, maar er werden geen of weinig in de lengterichting georiënteerde collageen vezels gezien en in bipten van prothesen die klinisch hadden gefaald werden tekenen van chronische ontstekingsreacties met reuzencellen en slijtagepartikels van de prothese gevonden.²⁻⁴ Tot op heden is niet aangetoond dat het eventueel ingroeiende collageen daadwerkelijk een deel van de belasting van het kunstligament overneemt, zoals de auteurs suggereren. Op zichzelf is dat ook erg onwaarschijnlijk, omdat bekend is dat de sterkte van bot- en peesweefsel afneemt in de onbelaste situatie. Ergo zal er, indien een kunstligament de belasting op zich neemt, geen prikkel zijn tot vorming van lichaamseigen, in de lengterichting georiënteerd collageen.

Vooralsnog is er op grond van deze gegevens geen reden om aan te nemen dat het Leeds-Keio-ligament anders zou functioneren dan een permanente prothese. Praktisch alle permanente voorste-kruisbandprothesen, die in het verleden met enthousiasme zijn begroet, zijn na enkele jaren van het toneel verdwenen wegens complicaties als rupturen, synovitis en partikelvorming.

Een beschouwing van de resultaten van Meins en Vierhout ten aanzien van de bereikte objectieve stabiliteit van het kniegewricht leert dat 20% van de geopeerde knieën bij 70 patiënten die at random geselecteerd waren nog een links-rechtsverschil had van 5 mm of meer bij een test met behulp van een artrometer. Zo'n verschil bewijst dat er een voorste-kruisbandruptuur is of in dit geval een niet-functionerende reconstructie.⁵ Het is mogelijk dat bij deze patiënten primair onvoldoende stabiliteit werd verkregen, maar het kan hier ook gaan om nog asymptomatische rupturen van het Leeds-Keio-ligament.

Het vergelijken van onderzoeksresultaten is, zoals de auteurs stellen, moeilijk door verschillen in indicatiestelling, chirurgische techniek en dergelijke. Aangezien gebleken is dat bij permanente prothesen rupturen in het algemeen niet binnen 2 jaar na implantatie optreden, zijn bij de beoordeling van de resultaten uit de literatuur alleen die van middellangetermijnonderzoeken met een minimale follow-upduur van 2 tot 3 jaar interessant.

Er zijn slechts twee van zulke onderzoeken gepubliceerd;^{6,7} de eerder genoemde symposiumbijdrage van Fujikawa uit 1989, waarin gunstige resultaten werden gemeld, is nooit in een tijdschrift verschenen en wordt daarom buiten beschouwing gelaten.

In het eerste onderzoek vergeleek Dandy 4 verschillende operatiemethoden met elkaar,⁶ waaronder de re-

constructie met het Leeds-Keio-ligament (129 patiënten) en die met een autoloog patellapeestransplantaat (74 patiënten); de operaties werden verricht in 1 kliniek door dezelfde chirurg. Na 6 jaar was er een recidief van een positieve 'pivot-shift' bij 1% van de patiënten in de patellapeesgroep en bij 36% van de patiënten in de Leeds-Keio-groep. Bevredigende resultaten werden gevonden bij 92% van de patiënten met een patellapeesreconstructie en bij 60% van de patiënten in de Leeds-Keio-groep.

In het tweede onderzoek constateerden Denti et al. na een minimale follow-upduur van 5 jaar bij 18 van 37 patiënten met een Leeds-Keio-ligament een recidief van een positieve pivot-shift.⁷ In beide artikelen wordt op basis van de teleurstellende resultaten het gebruik van het Leeds-Keio-ligament ontraden.

Samenvattend: bij kritische beschouwing van het in dit tijdschriftnummer gepubliceerde onderzoek met een gemiddelde follow-upduur van bijna 3 jaar blijkt dat de Leeds-Keio-prothese een resultaat oplevert dat hooguit vergelijkbaar is met dat van operatietechnieken waarbij gebruik wordt gemaakt van autoloog peesmateriaal. Er worden weinig of geen redenen gegeven waarom deze prothese te verkiezen zou zijn boven een reconstructie met behulp van autoloog materiaal. In het licht van de ter beschikking zijnde middellangetermijnonderzoeken is terughoudendheid hieromtrent toch wel op zijn plaats; de conclusie dat de resultaten veelbelovend zijn, is wat al te optimistisch.

Zolang er geen aanwijzingen zijn dat autoloog materiaal niet voldoet, moet plaatsing van kunstmateriaal in het kniegewricht bij jonge, actieve personen vermeden worden.

LITERATUUR

- Meins GA, Vierhout PAM. Arthroscopische reconstructie met het Leeds-Keio-ligament na voorste-kruisbandlaesie bij 200 patiënten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:2231-4.
- Ochi M, Yamanaka T, Sumen Y, Ikuta Y. Arthroscopic and histologic evaluation of anterior cruciate ligaments reconstructed with the Leeds-Keio ligament. *J Arthroscopy* 1993;9:387-93.
- MacNicol MF, Penny ID, Sheppard L. Early results of the Leeds-Keio anterior cruciate ligament replacement. *J Bone Joint Surg (Br)* 1991;73-B:377-80.
- Prescott RJ, Ryan WG, Bisset DL. Histopathological features of failed prosthetic Leeds-Keio anterior cruciate ligaments. *J Clin Pathol* 1994;47:375-6.
- Daniel DM, Malcom LL, Losse G, Stone ML, Sachs R, Burks R. Instrumented measurement of anterior laxity of the knee. *J Bone Joint Surg (Am)* 1985;67:720-6.
- Dandy DJ. Some clinical aspects of reconstruction for chronic anterior cruciate ligament deficiency. *Ann R Coll Surg Engl* 1995;77:290-8.
- Denti M, Bigony M, Dodaro G, Monteleone M, Arosio A. Long-term result of the Leeds-Keio anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 1995;3:75-7.

Aanvaard op 30 augustus 1996